



ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพัทลุง

Effectiveness of Using Clinical Nursing Practice Guideline for Preventing in Early Postpartum Hemorrhage in Phatthalung Hospital

วรรณิ แก้วคงธรรม^{1*}

Wonnee Keawkongthum^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยชนิดกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดหลังคลอดระยะแรก และสัดส่วนมารดาที่มีการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดที่เข้ารับบริการคลอดทางช่องคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลพัทลุง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลองได้รับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 30 ราย เครื่องมือในการวิจัย คือ ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก การรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป การตั้งครุภัณฑ์ ปริมาณเลือดทางช่องคลอด และการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติพิกเซอร์ ไคสแควร์ และของแมน วิทนี ยู

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอันดับปริมาณเลือดทางช่องคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ยอันดับ = 15.62 และ 45.38, $p < .05$) และกลุ่มทดลองมีสัดส่วนมารดาตกเลือดหลังคลอดระยะแรกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จำนวน 0 และ 7 ราย, $p < .05$) ผลการศึกษาดังกล่าวควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลอื่นเพื่อลดปัญหาการตกเลือดหลังคลอด ต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

*Corresponding author: Email address: kwonnee@outlook.co.th, Tel: 086-611-3972

Received: November 10, 2020; Revised: December 1, 2020; Accepted: December 4, 2020

¹ พ.ว., พยม., APN, ห้องคลอด
โรงพยาบาลพัทลุง 93000

¹ RN, MNS, APN, Labour Room
Phatthalung Hospital, 93000,
Thailand

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effectiveness of using clinical nursing practice guideline for the prevention of early postpartum hemorrhage in Phatthalung Hospital. Samples were vaginal delivery mother in labour room, Phatthalung Hospital. Subjects were divided into 2 groups, 30 subjects who received usual nursing care were control group. 30 subjects who received care using the clinical nursing practice guideline were study group. The research instrument was the clinical nursing practice guideline for the prevention of early postpartum hemorrhage. The data were collected including general information, history of pregnancy, amount total blood loss per vagina, postpartum hemorrhage. Data were analyzed using descriptive statistics, the Fisher's exact, Chi-Square test and Mann-Whitney U test.

The results showed that the mean rank of amount total blood loss per vagina among study group was significantly lower than control group (Mean ranked = 15.62 and 45.38, $p < .05$). In addition, the proportion of early postpartum hemorrhage among study group was lower than control group (0 and 7 cases, $p < .05$). The results suggested that clinical nursing practice guideline for the prevention of early postpartum hemorrhage should be used in Phatthalung Hospital and other hospitals in order to reduce the early postpartum hemorrhage.

Keywords: Clinical nursing practice guideline, early postpartum hemorrhage

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ทั้งการคลอดเองหรือผ่าตัดคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุด และเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกร้อยละ 27.1⁽¹⁾ ของมารดาตายทั้งหมด สำหรับการตายส่วนใหญ่เกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด⁽²⁾ ในประเทศที่กำลังพัฒนามีสาเหตุจากภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 19.7 ของมารดาตายทั้งหมด ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วพบร้อยละ 8.0 ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบร้อยละ 23.1⁽³⁾ สำหรับประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 12 มีอัตราการตายเสียชีวิตสูงสุด โดยพบว่าปีงบประมาณ 2559 – 2562 คิดเป็นร้อยละ 35.5 30.4 35.01 และ 41.92 ซึ่งสาเหตุการตายทางตรงพบส่วนใหญ่มาจากภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 18.10, 17.40, 16.00 และ 7.69 ตามลำดับ⁽⁴⁾

โรงพยาบาลพัทลุงไม่มีมารดาเสียชีวิตจากตก

เลือดหลังคลอด แต่พบอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก คิดเป็นร้อยละ 2.66 2.94 3.91 และ 2.97 ของมารดาที่คลอดทางช่องคลอดในปี 2559-2562 สาเหตุส่วนใหญ่จากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี รองลงมากร้าง และแผลฝีเย็บฉีกขาด และยังพบภาวะช็อกจากตกเลือดหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 20.00 14.54 18.03 และ 17.45 ส่งผลให้เกิดภาวะช็อค ได้รับเลือด ตัดมดลูก หรือรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นตามลำดับ และที่ผ่านมาแนวปฏิบัติการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลพัทลุง ที่กลุ่มงานสูติรีเวชกรรมได้จัดทำขึ้นตั้งแต่ปี 2558 เน้นการดูแลแก้ไขเมื่อตกเลือดหลังคลอดแล้ว มีการป้องกันเฉพาะการทำ Active management of third stage of labour (AMTSL) ไม่มีการจัดการระบบการป้องกันที่ครอบคลุม มีการกำหนดปัจจัยเสี่ยง แต่ไม่มีเกณฑ์การประเมินและจำแนกระดับความเสี่ยง ไม่มีแนวทางการวางแผน

การเตรียมพร้อม การดูแลช่วยเหลือระยะเตือนก่อนตกเลือด และการดูแลต่อเนื่องใน 24 ชม.แรก จึงส่งผลให้อุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกลดลงน้อยกว่า 1 และไม่มีภาวะช็อก ดังนั้นการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะลดผลกระทบดังกล่าวได้โดยการค้นหาปัจจัยเสี่ยงก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด และให้การรักษาทตามหลัก 4Ts ได้แก่ 1) การหดรัดตัวของมดลูก (tone) 2) การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (trauma) 3) รกและชิ้นส่วนของรก (tissue) และ 4) การแข็งตัวของเลือด (thrombin)⁽⁵⁾ และนอกจากนั้นจากหลายการศึกษาได้กำหนดแนวทางการป้องกันตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ให้มีการทำ Active management of third stage of labour (AMTSL)⁽⁶⁻⁹⁾ เป็นการปฏิบัติที่กระทำกับผู้คลอดทุกราย เนื่องจากมีหลักฐานยืนยันว่าสามารถลดปริมาณเลือดที่เสียไปจากการคลอดและลดอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้

ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline; CNPG) เป็นเครื่องมือให้พยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วย และทำให้เห็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีและชัดเจนขึ้น เป็นการช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่ง 24 ชั่วโมงหลังคลอดส่งผลให้มารดาได้รับการดูแลเป็นแนวทางเดียวกัน⁽¹⁰⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพัทลุง ที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และประยุกต์แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากสถาบันต่างๆทั้งในประเทศและต่างประเทศที่จัดระบบการป้องกันตกเลือดหลังคลอด^(2, 11-14) ที่ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดและแบ่งระดับกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ การเตรียมความ

พร้อมในการช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงแต่ละระดับที่ครอบคลุมการจัดระบบป้องกันในทุกระยะของการคลอด วิธีการปฏิบัติการพยาบาลในระยะเตือน รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่องจน 24 ชม.หลังคลอด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดหลังคลอดระยะแรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนมารดาที่มีการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพัทลุง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์เป็นต้นไปที่มารับบริการคลอดทางช่องคลอด ในโรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพัทลุง เกณฑ์การคัดเข้า คือ มารดาที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป และคลอดทางช่องคลอด ยินดีและสมัครใจที่จะเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ มีเกร็ดเลือดน้อยกว่า 100,000 THSD/Cumm หรือเป็นโรคเลือดหยุดยาก เช่น SLE, ITP, Hemophilia, โรคตับเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม n4Studies โดยใช้สูตรทดสอบสำหรับการวิจัยเชิงทดลอง กรณีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่มของเบอร์นาค⁽¹⁵⁾ จากการใช้ค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดในงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน⁽¹⁶⁾ ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวมีค่าเฉลี่ย

ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 230.67 (92.09) และค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 317.83 (121.95) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับแอลฟา เท่ากับ 0.05 และเบต้าเท่ากับ 0.20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย แต่เนื่องจากป้องกันการ drop out จึงคำนวณเพื่อกลุ่มตัวอย่าง 20% ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 รายทั้งหมด 60 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาล ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะเตือน และระยะหลังคลอด 24 ชม. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลภาควิชาสูติศาสตร์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ห้องคลอดมากกว่า 10 ปี 1 ท่าน โดยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.98

ส่วนที่ 2 เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูล 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้แก่ ปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด และภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก(ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดมากกว่า 500 มล.ใน 24 ชม.แรก) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลภาควิชาสูติศาสตร์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ห้องคลอดมากกว่า 10 ปี 1 ท่านโดยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.98 และผลการทดสอบความเที่ยงของการตรวจปริมาณเลือดได้จากการนำจำนวนการตรวจที่เหมือนกันเป็นตัวตั้ง จำนวนการตรวจที่เหมือนกันบวกกับจำนวนการตรวจที่ต่างกันเป็นตัวหาร ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพัทลุง ตามหนังสือรับรองเลขที่ 14/2563 ลงวันที่ 27 เมษายน 2563 ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้คลอดทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการ และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษาโดยไม่มีการบังคับใดๆ และ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลและการบำบัดรักษาที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ นำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

ผู้วิจัยเป็นผู้ให้การพยาบาลและเป็นผู้วิจัยเอง ในส่วนบทบาทของพยาบาลห้องคลอด พยาบาลหลังคลอด และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ได้ทำการชี้แจงอบรมการใช้แนวปฏิบัติในส่วนที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรที่มีลักษณะและคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยจะพิจารณาคุณสมบัติของมารดาตามเกณฑ์การคัดเลือกจากแฟ้มประวัติและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยใช้เลขที่โรงพยาบาลที่ลงท้ายเลขคู่แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย ทำการดำเนินการในช่วงเดียวกัน ผู้วิจัยทำหน้าที่เพียงคนเดียวในการบันทึกปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดทั้งสองกลุ่มที่ห้องคลอด สำหรับที่หลังคลอดให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ซึ่งผ่านมายัง

การดำเนินการกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติคือมีการประเมินความเสี่ยงแรกรับโดยไม่มีหลักเกณฑ์และไม่ได้แบ่งระดับความเสี่ยง มีการเตรียมพร้อมเฉพาะการจ้องเลือด และการทำ Active management of third stage of labour (AMTSL) ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และวิธีปฏิบัติที่ชัดเจน และให้การดูแลหลังคลอด 24 ชม.ตามปกติ

การดำเนินการกลุ่มทดลองที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ดังนี้

1) ระยะรอคอยต่อการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดและแบ่งระดับกลุ่มเสี่ยงตามแนวทางที่ประยุกต์ของ The California Maternal Quality Care Collaborative risk categories (CMQCC)⁽¹⁷⁾ พร้อมทำสัญญาณ (Alert sign) ด้วยสติ๊กเกอร์สีแดง และจัดเตียงตามความเสี่ยง หลังจากนั้นเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือแต่ละระดับกลุ่มเสี่ยง ฝากคลอดอย่างใกล้ชิดตามมาตรฐานการดูแล

2) ระยะคลอด เตรียมคลอดจัดสถานที่และเครื่องมือให้พร้อม, กรณีที่ผู้คลอดเสี่ยงสูงจัดทีมให้พร้อม ระยะเวลาและตำแหน่งการตัดฝีเย็บที่เหมาะสม, ทำ Active management of third stage of labour (AMTSL) ภายหลังทารกคลอด, ใช้ถุงตวงเลือดรองรับเลือด สวมปัสสาวะทิ้ง ทำคลอดรกโดยวิธี control cord traction ตรวจรกและเยื่อหุ้มทารก คลึงมดลูกทันทีหลังรกคลอดจนมดลูกแข็งตัวดี พร้อมล้าง Blood clot แล้วเย็บแผลทันที พร้อมดูปริมาณเลือดจากถุงตวงเลือดอย่างต่อเนื่อง, ประเมินสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือด และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ

3) ระยะเตื่อน (เสียเลือด 300 - 500 มล.หรือมี Active bleeding หรือ Pulse > 100 bpm) เรียกทีมช่วย นวดคลึงมดลูกต่อเนื่อง ล้าง Blood clot ออกดูปริมาณเลือดจากถุงตวงเลือด หาสาเหตุหลักการ 4 T และรายงานหัวหน้าเวร กำหนดให้ผู้ช่วยคลอด เพิ่มยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำพร้อมเจาะเลือด วัดสัญญาณชีพ กำหนดให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ให้ออกซิเจน จัดท่านอนศีรษะต่ำ และเตรียมอุปกรณ์ เช่น รถตกเลือด เครื่องปั๊มสารน้ำ ผ้าห่มอุ่น กำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวร ร่วมหาสาเหตุ สั่งการรักษาตามแนวทางขณะรอแพทย์ รายงานแพทย์โดยใช้หลัก SBAR ทบทวนการปฏิบัติการพยาบาล 4) ระยะหลังคลอด 24 ชม.แรก ประเมินสภาพมารดาหลังคลอดโดยใช้หลัก B-BUBBLE และการให้พยาบาลตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดและผู้ช่วยเหลือคนไข้ซึ่งผ้าอนามัย

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด นำมาทดสอบการแจกแจงโดยการทดสอบหาค่าสำคัญทางสถิติโดยใช้สถิติ Shapiro-wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ($p\text{-value} = <0.001$) จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลองโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U - test และเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดระยะแรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลองโดยใช้สถิติ Chi-Square test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่าง ทั้งในด้านอายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ดังแสดงในตารางที่ 1 และในด้านข้อมูลการตั้งครรภ์ ทั้งในส่วนของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ที่คลอด สถานที่ฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ กลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือด และวิธีการคลอด ดังแสดงในตารางที่ 2

พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอันดับปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด เท่ากับ 15.62 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอันดับปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด เท่ากับ 45.38 ซึ่งจากการทดสอบพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ปริมาณเลือด	Mean rank	Z	p-value
กลุ่มทดลอง	15.62	6.604	<0.001
กลุ่มควบคุม	45.38		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (: SD.)	30.16 : 5.26		28.26 : 5.75	
≤30	15	50.0	21	70.0
>30	15	50.0	9	30.0
ศาสนา				
พุทธ	21	70.0	21	70.0
อิสลาม/คริสต์	9	30.0	9	30.0
สถานภาพสมรส				
คู่อยู่ด้วยกัน/แยกกันอยู่	30	100	30	100
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษา	11	36.7	14	46.6
ปวช/ปวส	10	33.3	9	30.3
ปริญญาตรี	9	30.0	7	23.3
อาชีพ				
เกษตรกร	8	26.7	10	33.3
ค้าขาย/รับจ้าง	8	26.7	9	30.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	26.7	5	16.7
แม่บ้าน/นักเรียน/นักศึกษา	6	20.0	6	20.0

ตารางที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลำดับที่ตั้งครรภ์				
ครรภ์ที่ 1	7	23.3	11	36.7
ครรภ์ที่ 2	7	23.3	9	30.0
ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	13	43.3	10	33.3
อายุครรภ์ที่คลอด				
<37 สัปดาห์	3	10.0	3	10.0
37 - 41 สัปดาห์	17	10.0	17	6.7
สถานที่ฝากครรภ์				
โรงพยาบาลพัทลุง	9	30.0	8	26.7
โรงพยาบาลชุมชน	12	40.0	17	56.7
คลินิกฝากครรภ์/ไม่ฝากครรภ์	9	30.0	5	16.6

ตารางที่ 2 ข้อมูลการตั้งครุฑของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครุฑ				
ไม่มี	21	70.0	14	46.7
มีภาวะแทรกซ้อน	9	30.0	16	53.3
กลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือด				
เสี่ยงต่ำ	8	26.7	15	50.0
เสี่ยงปานกลาง	22	73.3	15	50.0
เสี่ยงสูง	0	0	0	0
วิธีการคลอด				
คลอดปกติทางช่องคลอด	28	93.3	29	96.7
ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	2	6.7	1	3.3

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีสัดส่วนมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ต่ำกว่า สัดส่วนมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดระยะแรก กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เท่ากับ 0 กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนมารดาที่ตกเลือด หลังคลอดระยะแรก 7 ทดสอบพบว่า กลุ่มทดลองมี

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัดส่วนมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดระยะแรกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ข้อมูลการตกเลือด	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนตกเลือดหลังคลอด (ราย)	0	0	7	23.3	7.925	0.005

อภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง ทั้งในด้านอายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ เนื่องจากข้อมูลทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกันมาก และอายุเหมาะสมกับการตั้งครุฑ นอกจากนี้ด้านข้อมูลการตั้งครุฑ ทั้งในส่วนของการลำดับที่ตั้งครุฑ อายุครุฑที่คลอด สถานที่ฝากครุฑ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครุฑ กลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือด และวิธีการคลอด ผลการวิจัย พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อพิจารณาประสิทธิผลใน มารดากลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก พบว่ามี ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดน้อยกว่ากลุ่มมารดา ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติ ที่จัดทำขึ้นครอบคลุมตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะ คลอด ระยะเตือน และระยะหลังคลอด 24 ชม. มีการ ใช้แบบประเมินความเสี่ยงที่แบ่งกลุ่มเสี่ยงต่ำ ปาน กลาง และเสี่ยงสูง ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มและประเมิน เข้าในระยะรอคลอด รวมถึงระยะคลอด ทำให้มีการ

เผื่อระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ร่วมกับแนวปฏิบัติที่ชัดเจนทั้งด้านการรับรู้และป้องกันการวางแผน การเตรียมความพร้อม การตอบสนอง และการเรียนรู้ส่ง ผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติแบบใหม่ไม่มีการตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับหลาย การศึกษา ที่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตก เลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด พบว่าการ พัฒนาระบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือด หลังคลอดที่ชัดเจนและได้มาตรฐาน ทำให้อัตราการตก เลือดหลังคลอดลดลง^(10,18) และนอกจากนี้การประเมิน ความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เป็นสิ่งสำคัญใน การพัฒนาระบบป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงได้นำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการ ตกเลือดหลังคลอดของ The California Maternal Quality Care Collaborative risk categories (CMQCC) มาประยุกต์ใช้เพื่อทำการประเมินตั้งแต่ ระยะฝากครรภ์ ระยะแรกคลอด และต่อเนื่องในระยะคลอด และหลังคลอด ร่วมกับการแบ่งระดับความเสี่ยง ทำให้กลุ่มทดลองมีสัดส่วนมารดาที่ตกเลือดหลังคลอด ระยะแรก ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของเรณู วัฒนาเหลืออรุณ และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แบบ ประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจาก มดลูกหดรัดตัวไม่ดีในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พบว่า กลุ่มควบคุมมีปริมาณเลือดที่สูญเสียเฉลี่ยสูง กว่ากลุ่มทดลอง และอัตราการตกเลือดหลังคลอด กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากการ ดูแลผู้คลอดโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง CMQCC มาประยุกต์ใช้เพื่อทำการประเมินตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะแรกคลอด และต่อเนื่องในระยะคลอดและหลังคลอด และทำการแบ่งระดับความเสี่ยง ร่วมกับแนวปฏิบัติ ทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แบบใหม่ ร่วมกับการวิจัยครั้งนี้พบว่า การประเมิน ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดใช้วิธีการตรวจ

โดยถุงตวงเลือดและการชั่งน้ำหนักของผ้าอนามัย ที่เปื้อนเลือด ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอันดับ ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ พบว่าการประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด ด้วยวิธีการตวงหรือการชั่งมีประสิทธิภาพมากกว่า การประเมินด้วยการคาดคะเนด้วยตาเปล่าอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁰⁾

มารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือด หลังคลอดมีส่วนร่วมการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก น้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการปฏิบัติตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าการ ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในรับรู้ปัจจัยเสี่ยง แบ่ง ระดับการป้องกัน การเตรียมความพร้อม การตอบสนอง ที่รวดเร็ว มีวิธีปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้ทันที ร่วมกับ มีความง่ายต่อการปฏิบัติ การใช้ถุงตวงเลือดที่สามารถ ให้ตอบสนองที่รวดเร็ว สามารถประเมินระยะเดือน (เสียเลือด 300 - 500 มล.หรือมี Active bleeding หรือ Pulse > 100 bpm) เพื่อปฏิบัติการพยาบาล ที่รวดเร็ว ชัดเจน ก่อนเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (เสียเลือดมากกว่า 500 มล. ขึ้นไป) รวมทั้งระบบการ ติดตามดูแลต่อเนื่อง 24 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของฟิลลิปส์ เจริญศรี, วาสนา สารการ และบาเลีย ไชยรา⁽²¹⁾ ได้พัฒนารูปแบบการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะแรก ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะ ตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ประกอบด้วย 1) ทีม พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดูแล หญิงตั้งครรภ์ คือ การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะ ตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และแนวปฏิบัติการ พยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือด หลังคลอดระยะแรก และถุงตวงเลือด 3) ระบบการ ติดตามดูแลต่อเนื่อง 24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าพยาบาล

ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด หลังคลอด และการนวดคลึงมดลูก ระดับความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยรวมอยู่ในระดับมาก และพบภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกร้อยละ 22.7 ไม่มีอุบัติการณ์ตัดมดลูกและไม่มีอุบัติการณ์มารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอดและหลังคลอด โดยกำหนดเป็นนโยบายจากกลุ่มการพยาบาลถือปฏิบัติ และมีการติดตามผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2. จัดอบรมให้ความรู้วิธีการปฏิบัติ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ให้แก่เจ้าหน้าที่ห้องคลอดและหลังคลอด เพื่อใช้ในงานประจำ

3. ในการศึกษาครั้งต่อไป นำแนวปฏิบัติไปใช้ในโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Maternal mortality: Levels and trends 2000 to 2017: [Internet] 2019 [Cited in 15 February, 2020]. Maternal mortality. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>.
2. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta: [Internet] 2012 [Cited in 15 January, 2020]. Guidelines PPH. Available from: <http://whglbdoc.who.int/publication/2009/9789241-eng.pdf>.

3. Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, O., Moller, A.B., Daniels, J., et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health 2014; 2(6): e323–333.
4. Regional Health Promotion center 12 YALA. Maternal and Child health report. Document support in Regional health 12 Meeting. 2019. (In Thai).
5. Anderson, J.M., Ethiches, D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. International Journal of American Family Physician 2007; 75(6): 875–82.
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. RCOG Green-top Guideline No. 52: [Internet] 2016 [Cited in 19 January, 2020]. Guidelines PPH. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg52/>.
7. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline Program. Primaty Postpartum Haemorrhage: [Internet] 2013 [Cited in 12 January, 2020]. Guidelines PPH. Available from: http://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0015/140136/g-pph.pdf.
8. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee/ International. FIGO Guidelines: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource setting. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2010; (117): 108–118.

9. PPH CPG Work group. Association of Ontario Midwives. Postpartum Hemorrhage (Clinical Practice Guideline No. 17: [Internet] 2016 [Cited in 19 January, 2020]. Guidelines PPH. Available from: http://www.aom.on.ca/files/Health_Care_Professionals/Clinical_Practice_Guidelines/cpg_pph_2016_FINAL.pdf.
10. Plodrit, L., Vipavakarn, S., Kinglek, A. Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevent Early Postpartum Hemorrhage in Labor Room, Krabi Hospital. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2016; 3(3): 127–140. (In Thai).
11. Evensen, A., Anderson. J.M., Fontaine, P. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment: [Internet] 2017 [Cited in 19 January, 2020]. Postpartum hemorrhage prevention. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2017/0401/p442.html>.
11. Anusornteerakul, S. First Two Hours Postpartum Hemorrhage Prevention: Midwives' Role. Journal of Nursing Science & Health 2014; 37 (2): 155-162. (In Thai).
12. Lertbunnaphong, T., Primary postpartum hemorrhage: recommendations for prevention and management. P.A. Living Co. Ltd.; 2013. (In Thai).
13. Einerson, B.D., Baksh, L., Fisher, J.A., Sullivan, A and Clark, E.A.S. (2016). Postpartum hemorrhage implementing your bundle. University of Utah. : [Internet] 2016 [Cited in 15 January, 2020]. Postpartum hemorrhage prevention. Available from: <https://healthcare.utah.edu/echo/docs/pregnancy-care-didactics/201609.09-postpartum-hemorrhage.pdf>.
14. Bernard, R., Fundamental of biostatistics (5^{ed}). Duxbery: Thomson learning.; 2000.
15. Ruangrit. P., The output of lower uterine segment compression and Uterine Massage for Prevention of Early Postpartum Hemorrhage after Vaginal Delivery. NARESURN RESEARCH Conference 13, 2017; 742–751. (In Thai).
16. Kristi G, Audrey L, Elliott M. Risk factor assessment: CMQCC Obstetric hemorrhage toolkit version 2.0. Stanford University: [Internet] 2015 [Cited 5 December, 2019]. Risk PPH Assessment. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5223545/>.
17. Bandidpanicha, P., Ponsane, N., Luangkwal, S. The Development of Nursing Care System for Prevention Postpartum Hemorrhage, Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals 2017; 32(2): 131–144. (In Thai).
18. Wattanalungarun, R., Chantrapitak, W., Kajang, N., Onlaor, R. Effectiveness of using risk assessment and clinical nursing practice guideline for the prevention of early postpartum haemorrhage from uterine atony in Charoenkrung Pracharak Hospital. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital 2017; 13(2): 28–42. (In Thai).
19. Jandapradit, R., Anusornteerakul, S. The Effectiveness of using Plastic Film Collector Bag for the Measurement Postpartum Blood Loss. [Internet] 2017 [Cited 5

December, 2019]. Bag for Measurement Postpartum Blood Loss. Available from: http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1952.

20. Charoensri, P., Sarakarn, W., Chaiyara, B. The Development of a Nursing Model for Pregnant Women to Prevent Early Postpartum Hemorrhage. Journal of Nursing and Health Care 2017; 35(3): 48–57. (In Thai).